



Fragebogen zur Feststellung der gesundheitlichen Eignung

Die Vorderseite ist von dem/r Bewerber/in auszufüllen

Die Rückseite ist von der Ärztin /dem Arzt auszufüllen

Personaldaten

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Adresse:

Telefon:

Mobil(freiwillig):

Sind Ihnen Krankheiten bekannt oder waren Sie bereits deswegen in ärztlicher oder anderer therapeutischer Behandlung, welche die Ausübung des Berufes als Kosmetiker/in erschweren können? (z.B. Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparates, psychische Erkrankungen, Stoffwechselkrankheiten, Hauterkrankungen, Allergien etc.)

nein

ja, folgende

Haben Sie einen Unfall erlitten oder eine Krankheit aufzuweisen, wodurch die Belastbarkeit beeinträchtigt ist?

nein

ja

Welche Folgen im Hinblick auf die Belastbarkeit sind noch vorhanden?

Ort, Datum

Unterschrift Bewerber/in

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Untersuchungsbefund durch die Ärztin/den Arzt

Klagt der/die Bewerber/in über nein
wiederkehrende Gelenkschmerzen, ja
Rückenschmerzen, Muskel- oder
Sehnenbeschwerden? folgendes: _____

Ist die Funktionstüchtigkeit der Hände nein
gegeben? ja
folgendes: _____

Gibt es Auffälligkeiten am Haltungs- und nein
Bewegungsapparat ja
folgendes: _____

Steht/stand in jüngerer Vergangenheit der/die nein
Bewerber/in in orthopädischer Behandlung? ja
folgendes: _____

Sind Allergien/Hautreaktionen (auf nein
Desinfektions-mittel, Seifen, Öle etc.) bekannt? ja
folgendes: _____

Bestehen Anzeichen für Sucht, Abhängigkeit nein
oder psychische Erkrankung? ja

Verfügt der/die Untersuchte über farbrichtiges nein
Sehvermögen? ja

Ist der/die Patient/in frei von ansteckenden nein
Krankheiten? ja

Bemerkungen: _____

Beurteilung: Der/die Untersuchte ist für den Beruf der Kosmetikerin/des Kosmetikers

- geeignet
- bedingt geeignet
- ungeeignet

Ich habe von der Selbstauskunft der Bewerberin/des Bewerbers Kenntnis erhalten.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin/des Arztes